

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 360

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Édouard PROUST

Né le 3 février 1908, à Tours (Indre-et-Loire)

ESSAI

SUR LA

POLITIQUE D'HYGIÈNE SOCIALE
DE LA FRANCE

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{le}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Édouard PROUST

Né le 3 février 1908, à Tours (Indre-et-Loire)

ESSAI

SUR LA

POLITIQUE D'HYGIÈNE SOCIALE
DE LA FRANCE

Président : M. LÉON BERNARD, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION
Anatomie pathologique.....	ROSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	{ LENORMANT.
	{ CUNÉO.
	{ GRÉGOIRE.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	{ HOVELACQUE.
	{ MAUCLAIRE.
	{ MULON.
	{ VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DÉ GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N.	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DU DOCTEUR EDOUARD MEUNIER (1855-1929)

Professeur de Clinique médicale à l'École de Médecine de Tours
Médecin-Chef de l'Hôpital Général

*Qui pendant quarante années prodigua
en Touraine sa science et sa bonté.*

*En affectueuse reconnaissance de son
petit-fils, qui lui doit sa jeunesse heureuse.*

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

Professeur de Clinique de la tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris
Président du Conseil Supérieur d'Hygiène
Membre de l'Académie de Médecine
Délégué de la France à la Section d'Hygiène
de la Société des Nations

*Que je remercie de l'honneur qu'il m'a
fait en acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR JULES BRISAC

Directeur de l'Office National d'Hygiène Sociale

AUX DOCTEURS PIGOT ET LECLAINCHE

SES COLLABORATEURS

*Qui retrouveront en ces feuillets l'écho de
leurs travaux et dont l'indulgente bienveil-
lance et les excellents conseils m'ont
permis d'accomplir ce modeste travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLLIVE

Professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Nantes

En reconnaissance de l'affectueux intérêt qu'il a bien voulu me porter.

A MES MAITRES DE L'HÔPITAL DE TOURS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DENOYELLE

En souvenir de son vivant enseignement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERCIER

Professeur de Clinique médicale

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVÉ

Chirurgien-Chef de l'Hôpital

MONSIEUR LE DOCTEUR MÉNAGER

Directeur des Services de Radiologie

En souvenir reconnaissant des trois années passées sous leur direction.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE AMEUILLE

Médecin des Hôpitaux de Paris

En témoignage d'affectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE PARIS

AVANT-PROPOS

« La défense de la santé publique est
la forme permanente de la défense na-
tionale. »

Justin GODART.

Un membre de l'Académie de Médecine disait, il y a quelques années : « l'Hygiène en France est une façade derrière laquelle il n'y a rien ».

Sans doute, à l'époque, cette boutade se trouvait être justifiée par l'insuffisance de nos organisations sanitaires. Il est exact, en effet, qu'au début du xx^e siècle, l'hygiène sociale en France n'était pas encore née. Le mot n'existait pas et la chose encore moins.

Mais depuis, à côté des méthodes curatives employées dans des hôpitaux, nombreux et sans cesse améliorés, par un personnel médical et hospitalier instruit et dévoué s'est peu à peu installée la Médecine préventive.

Des méthodes de prophylaxie collective, des mesures de protection sociale se sont généralisées dans le monde...

La France a compris, surtout après l'hécatombe de la guerre, qu'il lui fallait renforcer et protéger son capital-Santé.

Ses dirigeants ont enfin discerné que l'Hygiène moderne, par la grandeur de son champ d'action et ses rapports intimes avec l'économie nationale, influence la vie d'un pays de même qu'elle dépend de l'intérêt qu'il lui porte.

C'est ce qui explique l'ensemble de mesures législatives prises en France depuis le début du siècle.

Certes, il est vain de tenter d'envisager même en un aperçu très général, dans un cadre aussi étroit que celui d'une modeste thèse, toutes les réalisations effectuées en France dans le domaine de l'Hygiène par l'action publique et les initiatives privées. Mais il a pu paraître de quelque intérêt de rappeler les progrès accomplis et d'opposer victorieusement la « Politique sociale » de la France et les résultats obtenus aux critiques de ceux qui croient encore que dans le domaine de l'hygiène, seuls l'Allemagne, les pays anglo-saxons et scandinaves ont fait œuvre digne et utile.

ESSAI

SUR LA

POLITIQUE D'HYGIÈNE SOCIALE

DE LA FRANCE

L'EFFORT LÉGISLATIF

Il n'est évidemment pas possible de rappeler ici toutes les mesures légales ayant pour but la protection de la santé publique et sa conservation.

Avant la guerre de 1914 ces lois étaient bien peu nombreuses. Il y avait celle de 1874, dite loi Roussel, loi de police et d'hygiène, et pour ces raisons même mal appliquée, les lois désuètes et confuses concernant les enfants assistés, la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et les lois de 1898 sur les accidents du travail et de secours mutuels.

C'étaient avant tout des lois d'assistance et par ricochet seulement des lois d'Hygiène sociale !

Administrativement les services d'Hygiène ne constituaient qu'un rouage modeste de la Direction centrale rattachée au Ministère de l'Intérieur.

C'est alors que l'on pouvait dire que l'Hygiène était une façade derrière laquelle il n'y avait à peu près rien !

Il paraît difficile d'expliquer qu'un pays aussi civilisé que le nôtre, conscient des dangers qu'il court et instruit des moyens de s'en préserver, n'eût pas, avant le xx^e siècle, organisé une ébauche de défense et de protection.

C'est que la pratique de l'Hygiène sociale réclame impérieusement le concours de l'individu qui n'en peut retirer que des bénéfices plus ou moins éloignés au prix de quelques sacrifices et d'une gêne momentanée.

Alors qu'au contraire le développement de l'Hygiène publique et les améliorations qu'elle apporte à la condition de l'homme : hygiène de l'eau, de l'habitation, assainissement, sont le fait de l'Etat ou des collectivités et l'individu n'en retire que des avantages.

Or, le caractère français est profondément individualiste. Il veut bien consentir à quelques concessions, mais seulement s'il en retire des profits immédiats et substantiels...

Est-ce l'appréhension de cet individualisme excessif et de la difficulté qu'ils savaient devoir rencontrer à le combattre, qui explique les hésitations — d'aucuns diraient la carence — des pouvoirs publics ?

Toujours est-il qu'au début du siècle, la plupart des Nations d'Europe et les Etats-Unis nous avaient singulièrement devancé sur le terrain de l'Hygiène sociale !

Cependant, le 15 février 1902 est promulguée la loi sur la santé publique. Pour un coup d'essai, ce

fut un coup de maître, car, en dépit des critiques formulées contre elle, cette loi, qui venait à son heure, devint la véritable charte de la Santé publique en France.

Elle coordonnait toutes les dispositions éparses dans les règlements locaux, toutes les mesures que la Science et l'expérience révélaient nécessaires au bien public.

Mais un grave défaut devait en réduire l'action : par concession au caractère individualiste et frondeur du Français, elle n'édicte aucune sanction suffisante pour assurer le respect des mesures judiciaires et des obligations salutaires qui la constituaient.

De plus, les maires étaient chargés d'appliquer la loi, de prendre les initiatives qu'elle recommandait. Erreur de psychologie administrative et sociale car trop souvent la loi demeura lettre morte par incurie, négligence ou défaut de courage civique.

La loi de 1902, par la déclaration obligatoire de certaines maladies contagieuses ou épidémiques, par la déclaration facultative de quelques autres, la tuberculose, notamment, par la désinfection consécutive, corollaire nécessaire de la déclaration, portait en germe le principe et l'organisation de l'Hygiène Sociale.

Malheureusement, la loi obligeait le corps médical à des déclarations auxquelles celui-ci ne se soumet qu'à contre-cœur, et imposait au malade et à son

entourage des obligations que ceux-ci sont toujours disposés à éluder.

Médecins et malades ont pu d'autant mieux se soustraire à ces obligations — cependant reconnues utiles — que leur violation ne comportait pas de sanctions.

D'ailleurs, un projet qui met à jour et complète la loi de 1902 est soumis aux délibérations des Chambres et l'on peut regretter que la situation budgétaire actuelle ne permette pas d'en espérer le vote prochain.

Après la loi de 1902, il convient de signaler la loi du 27 juin 1904, qui améliore la condition sociale et sanitaire des 120.000 enfants recueillis par l'Assistance publique et la loi de 1905 sur l'Assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

On peut citer, aussi en 1910 la loi concernant les retraites ouvrières, en 1913 la loi d'assistance aux familles nombreuses et en 1909, 1910 et 1913, les lois protégeant les femmes en couches.

Mais toutes ces lois, qui apportent un peu de bien-être aux personnes ou aux familles appelées à en bénéficier, ne sont qu'indirectement des lois d'Hygiène sociale.

Seule, la loi sur les femmes en couches à laquelle est attaché le nom de M. le Sénateur Strauss, présente un caractère de protection sanitaire par le repos qu'elle prescrit et les avantages qu'elle accorde aux mères avant et après leur accouchement.

Puis c'est la guerre. Devant le péril national tous les intérêts particuliers doivent s'incliner.

La mentalité française s'est trouvée transformée : l'imminence du danger a créé d'un coup cet état d'esprit que dès 1848 Michelet déclarait indispensable à l'accomplissement du devoir collectif, lorsqu'il écrivait :

« Il faut faire en sorte que la loi ne devance pas
« la pensée populaire, qu'elle n'arrive pas comme
« une étrangère inconnue et incomprise, qu'elle
« trouve la maison prête... »

Les efforts répétés, l'alimentation anormale, insuffisante, préparaient l'éclosion et le développement de toutes les maladies que propagent et favorisent la vie en commun dans les agglomérations.

On assistait partout à une recrudescence des fléaux sociaux : tuberculose, maladies vénériennes, affections de la première enfance.

Une législation énergique, coercitive, restrictive même de la liberté individuelle pouvait intervenir et être acceptée.

Le coup de tonnerre de 1914 avait fait plus que des années et des siècles de propagande et d'éducation.

Par une curieuse coïncidence, les hommes qui, Représentants du Pouvoir ou Conseillers techniques, dirigeaient alors la défense sanitaire du Pays sont encore aujourd'hui, à des postes similaires, appelés à continuer la lutte contre les fléaux sociaux.

C'étaient d'une part M. Justin Godart alors Sous-

Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, et depuis plusieurs fois — et récemment encore — Ministre de la Santé publique, et d'autre part, M. Jules Brisac alors Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène au Ministère de l'Intérieur, aujourd'hui Directeur de l'Office national d'Hygiène Sociale.

Assistés de conseillers techniques, parmi lesquels on doit citer le Professeur Léon Bernard et le Docteur Jules Renault, tous deux toujours en fonction aujourd'hui, M. Justin Godart et M. Jules Brisac eurent la lourde charge d'assumer pendant de longues années de guerre la direction suprême des services militaires et civils qui assuraient au mieux des circonstances la protection de la santé des Combattants et des populations.

C'est la tuberculose qui attirait avant tout l'attention des Pouvoirs publics, civils et militaires.

Dès 1915, le Professeur Landouzy dénonce le péril qu'il y a à rejeter dans le pays, sans indemnité ni pension pour la plupart, les combattants réformés pour tuberculose, incapables de se soigner ignorant les mesures de prophylaxie indispensables.

C'est pourquoi, le 18 octobre 1915, le Parlement votait la loi sur l'assistance aux militaires tuberculeux.

Vers la même époque, des Comités de propagande et d'éducation étaient créés dans chaque département et leur action dirigée et coordonnée par un Comité National. Cette organisation constitua le cadre de celles existant actuellement.

Le 15 avril 1916 est votée la loi Léon Bourgeois qui institue des Dispensaires d'Hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse marque le déclanchement en France du vaste mouvement en faveur de la prévention.

La loi sur les Dispensaires est complétée à la fin de la guerre par celle du 7 septembre 1919 sur l'obligation pour chaque département de créer un sanatorium public ou de passer des contrats avec des établissements similaires organisés par d'autres départements ou les Œuvres privées.

Cette impulsion donnée par les Pouvoirs publics fut secondée et favorisée par les efforts individuels et les initiatives privées : les Croix rouges notamment.

Chaque département fut bientôt doté d'un Comité d'Hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse qui centralisa les ressources et coordonna les activités.

Cette collaboration produisit des résultats tangibles et réconfortants qui seront exposés sommairement dans l'un des chapitres suivants.

Il faut ajouter aussi les lois qui, par des moyens indirects, combattent le fléau tuberculeux.

Une législation spéciale, plus connue sous le nom de loi Loucheur, mettait à la disposition des populations urbaines et rurales les crédits nécessaires pour la création d'habitations salubres à bon marché.

Plus de 11 milliards ont été consacrés par l'Etat

à cette lutte contre le taudis et plus de 200.000 habitations ont été construites ou améliorées.

*
* *

Mais la tuberculose et ses victimes n'étaient pas seules à préoccuper les Pouvoirs publics.

Le péril vénérien, en même temps qu'un danger permanent pour la force de la race était accru par les circonstances spéciales qu'engendrait la guerre.

Jusqu'en 1914, le seul moyen d'action utilisé était la réglementation de la prostitution, dont l'efficacité est encore discutée.

Cette mesure de prévention sociale, si louable qu'elle fût, ne donnait pas, pour des raisons diverses, les résultats escomptés.

Des instructions du Ministère de l'Intérieur en 1917 et 1919, prescrivaient la création de consultations spéciales dans lesquelles les malades sont soignés gratuitement et secrètement.

Une propagande intense était faite dans tout le pays, surtout aux armées dans les cantonnements, par tracts, affiches, conférences, pour exposer la gravité des dangers auxquels les maladies vénériennes exposent les individus et la race, en même temps qu'elle indiquait aux malades les moyens d'en conjurer les effets.

Actuellement un service spécial de prophylaxie des maladies vénériennes coordonne, anime et subven-

tionne tous les organismes d'Hygiène sociale et ceux spécialisés dans la lutte contre le fléau vénérien.

Toutes les mesures législatives ou autres, qui tendent à l'amélioration de la condition et de la santé des hommes ont une heureuse répercussion sur la santé et l'avenir des enfants auxquels ils sont appelés à donner naissance.

C'est ainsi que les progrès réalisés, par la loi aussi bien que par l'initiative privée, en matière de défense anti-tuberculeuse et de prophylaxie vénérienne ont un retentissement incontestable sur la régression de la mortalité infantile.

On lira plus loin un bref exposé des résultats obtenus dans la lutte contre le péril vénérien et ses suites, en même temps qu'un rappel des organisations grâce auxquelles ces résultats ont pu être atteints.

*
* *

Contre cet autre grand fléau qu'est pour la France la mortalité infantile, outre les moyens indirects mais cependant si efficaces : lutte contre le taudis, dépistage des parents tuberculeux ou syphilitiques, soins et surveillance de ces malades, un ensemble de mesures législatives ou administratives constitue aujourd'hui un immense progrès.

Les consultations de nourrissons dont en 1898, Pierre Budin avait été l'initiateur, étaient, dès 1904, signalées par l'Administration centrale à la vigilance des

Préfets comme d'excellents moyens de lutte contre la mortalité infantile.

En 1914, on comptait déjà un nombre important de ces consultations publiques ou privées auxquelles était parfois adjointe, sous le nom de « Goutte de Lait » une distribution gratuite de cet aliment.

La guerre ralentit le développement de ces consultations, mais la cessation des hostilités, le souci de conserver les enfants, qui en plus petit nombre, étaient nés pendant la tourmente leur redonna un regain d'activité.

Des actes législatifs importants viennent bientôt soutenir et compléter l'effort de ces organismes.

C'est en 1917, la loi concernant l'allaitement maternel dans les établissements industriels et commerciaux.

C'est la loi d'octobre 1919 sur les primes d'allaitement et la loi de finances de 1920 constituant des primes à la natalité.

C'est aussi la loi sur les Pupilles de la Nation et les lois de finances plus récentes qui augmentent le taux des allocations accordées aux familles nombreuses.

On verra plus loin l'effort de la bienfaisance privée qui, en collaboration avec les administrations publiques, a créé une floraison d'œuvres spécialisées dans la protection de la mère et de l'enfant.

*
* *

1930 ! Comme 1914, cette année marque une date dans l'évolution de l'hygiène sociale.

C'est en effet, le 30 avril 1930, qu'est promulguée, après des années d'études et de discussions la loi sur les *Assurances Sociales*. Synthèse de toutes les dispositions fragmentaires éparses dans les législations antérieures, qu'il s'agisse de tuberculose, de maladies vénériennes ou de mortalité infantile, cette loi est, par son assurance maladie, et son assurance maternité, une loi de prévention et de défense sanitaire et c'est sous cet aspect spécial qu'elle doit être étudiée et appliquée.

La Mutualité, dont le lointain passé répond de sa vitalité future et dont l'œuvre si féconde mérite d'être toujours encouragée et propagée, se trouve complétée, renforcée, largement étendue par la loi de 1930.

Comme la Mutualité, la loi sur les Assurances Sociales a pour but véritable la préservation, la conservation de la santé, en même temps que la sécurité de la famille.

Peut-être ces quelques lignes ont-elles suffi à prouver que la France a fait en quelques années pour sa politique sociale un effort considérable.

Celui-ci s'imposait en face de l'insuffisance antérieure.

Il s'est traduit par une contribution financière consentie par le pays par l'intermédiaire de ses repré-

sentants et il peut paraître intéressant de schématiser en quelques chiffres le développement progressif des crédits avant d'analyser les résultats obtenus grâce à eux.

L'EFFORT FINANCIER

Son étude démontre à elle seule l'importante action développée en France en faveur de la politique sociale et intensifiée depuis 1920 surtout.

Il importe d'examiner en premier lieu la contribution fournie par l'Etat, caractérisée par l'évolution du budget du ministère dont dépend la direction de l'hygiène.

(Ministère de l'Intérieur en 1914, puis Ministère de l'Hygiène, du Travail et de la Prévoyance Sociale, enfin, en 1930, Ministère de la Santé publique.)

BUDGET DU MINISTÈRE

En 1914, le total des crédits s'élevait à 139.781.200 francs ; en 1920, il est de 165.536.000 francs ; en 1926, il atteint 499.130.175 francs ; en 1930, il monte à 1.225.289.076 et en 1933, il se maintient à plus d'un milliard.

La progression des crédits est constante : le rapport entre les crédits du Ministère de la Santé Publique et le total général des crédits ouverts du budget de l'exercice est en 1928 de 1,46 %, de 2,45 % en 1930 et de 3,46 % en 1932.

Mais si l'on doit constater avec satisfaction l'accroissement de l'effort fait par l'Etat pour la défense de la santé publique, il y a hélas quelque mélancolie (pour moi tout au moins) à comparer le chiffre du Budget du Ministère de la Santé publique.

(1.182.000.000 en 1933) avec celui du Ministère de la Guerre.

On peut déplorer que les circonstances extérieures obligent à dépenser tant de milliards pour maintenir la sécurité en préparant la mort.

Quel potentiel de bonheur représentent ces milliards consacrés par chaque peuple à préparer les hétacombés futures !

Il est triste pour les jeunes arrivés au seuil de la vie active d'être obligés de constater la vérité de cette parole d'un misanthrope disant que le plus grand fléau de l'homme, c'est encore l'homme lui-même. N'est-il pas pénible de penser que les plus belles découvertes de la Science servent à anéantir la vie plus encore qu'à la protéger !

Mais on peut trouver quelque réconfort à étudier l'évolution d'une Science toute de bonté : l'Hygiène sociale.

BUDGETS DÉPARTEMENTAUX

Le développement des crédits ouverts en faveur de l'organisation de l'Hygiène s'est manifesté dans tous les départements depuis 1918.

C'est pourquoi, en 1930, par exemple, pour un

chiffre de dépenses total de 5.270.638.783 francs, les crédits Assistance-Hygiène représentent 1.440.022.213 francs dont 82.851.609 pour l'Hygiène seule.

D'une enquête du Docteur Jacques Parisot, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Nancy, portant sur plus de 50 départements, il résulte que, même pour 1933, tous les budgets d'Hygiène sont en augmentation par rapport à ceux de 1928 avec un taux moyen d'augmentation de 153 % alors que la moyenne de l'élévation du budget départemental depuis 1928 n'est que de 52 %.

Et si l'on constate une compression moyenne de 11,06 % (dans 38 départements enquêtés) des crédits votés pour 1933 par rapport à ceux de l'exercice 1932, le même calcul appliqué aux budgets d'Hygiène donne une augmentation de 0,42 %.

Ces quelques chiffres prouvent que les Assemblées départementales reconnaissent maintenant à l'Hygiène sa véritable valeur puisque tandis qu'elles restreignent les dépenses totales, elles augmentent, à vrai dire, légèrement le budget de l'Hygiène.

CONTRIBUTION POPULAIRE

S'il est impossible d'établir même approximativement la contribution financière considérable fournie par les œuvres privées de bienfaisance, on peut cependant montrer par un exemple, l'intervention de la masse de la population.

Car si la part de la charité individuelle largement consentie en France est, en l'absence de documentation suffisante, d'une évaluation par trop difficile, les fonds recueillis par le Timbre anti-Tuberculeux leur permettent de caractériser la valeur de la contribution populaire volontaire dans un domaine bien délimité.

En 1926, pour 10 départements, la vente des timbres rapporte : 2.294.270 francs.

En 1927, pour la France entière, c'est : 13.788.978 fr. et en 1928, 18.153.842 francs que donne la générosité populaire.

Et depuis 1930, les résultats de la vente du timbre sont de 20 millions environ chaque année : — 24 millions pour 1933 — donc, en 7 années près de 100 millions fournis par la contribution volontaire et collective !

*
* *

Après avoir examiné sommairement l'effort financier, il est juste de considérer les résultats obtenus.

LA LUTTE CONTRE LA DÉNATALITÉ

La France se dépeuple... C'est là un fait trop grave pour laisser les Pouvoirs publics indifférents. Car si la natalité des peuples voisins baisse aussi depuis quelques années c'est dans une proportion moins grande, et une France affaiblie est pour un pays surpeuplé une tentation.

Ceci a déjà été dit et écrit maintes fois mais l'on cherche toujours un remède efficace.

Une propagande est organisée... mais des conférences peuvent-elles décider un ménage souffrant du chômage à mettre au monde des enfants qui plus tard connaîtront sans doute les mêmes maux puisque les progrès incessants du machinisme suppriment plus vite la main-d'œuvre qu'ils n'accroissent la consommation !

Des lois sont votées... mais elles ne peuvent pas forcer à créer des enfants !

Les allocations aux familles nombreuses sont trop faibles, mais un pays comme la France avec un déficit budgétaire inquiétant ne peut cependant pas donner des primes assez élevées pour que l'égoïsme particulier trouve son compte dans une sorte d'élevage rémunérateur !

Alors ?

Un premier remède a été trouvé dans la naturalisation intensive — trop hâtive souvent — d'éléments étrangers, bien loin d'ailleurs de représenter l'élite de leur pays d'origine.

On espère ainsi que ces Français de fraîche date feront souche et que leurs enfants élevés selon les méthodes françaises deviendront alors de bons et loyaux citoyens.

Sans doute est-ce un remède, encore qu'actuellement des étrangers, au nombre de plusieurs millions, soient toujours employés dans nombre d'entreprises alors que les Français de même spécialité en sont réduits aux secours de chômage !

Et des esprits chagrins regretteront peut-être ce mélange, de plus en plus teinté, des vieux noms bien français avec ces appellations en aum, en eff, en off ou en sky.

La Médecine elle-même est envahie et c'est par centaines que l'on compte les médecins étrangers venus s'installer en France sans avoir été — pour la plupart — astreints ni au baccalauréat, ni au service militaire.

Est-ce vraiment un palliatif efficace de notre dénatalité que cette invasion pacifique dont les inconvénients dépassent les avantages ?

Puisque certains ne veulent pas d'enfants par égoïsme, préférant jouir de plus de confort plutôt que fonder une famille, puisque d'autres, désespérant de la sagesse des peuples, préfèrent vieillir seuls

plutôt que mettre au monde des innocents voués à la guerre ou au chômage, puisqu'aucune loi ne peut forcer les hommes à procréer contre leur gré, quel remède permettra à la France de demeurer un peuple fort ?

La France manque d'enfants !

D'abord, sauver ceux qui existent !

Les protéger avant qu'ils ne naissent, les conserver lorsqu'ils vivent !

LA PROTECTION DE LA MÈRE

Les Pouvoirs publics ont compris qu'il importait de donner à la mère avant et après son accouchement le maximum de protection.

Déjà la loi Paul Strauss votée en 1913, par le repos qu'elle prescrit à la mère et les avantages qu'elle procure après les couches, lui apportait une aide nécessaire.

Mais il faut guider la future mère, dépister à temps l'anomalie qui peut être mortelle pour la mère ou l'enfant et parfois les deux.

Des consultations prénatales pourvoient à ce soin.

De 327 en 1914, leur nombre s'élève à 538 en 1931.

Dans toutes les villes on a construit des Maternités et des Services d'accouchement. En 1926, il en existait 331. En 1921, 426.

Et cet organisme nouveau, au nom si accueillant : « La Maison maternelle », qui recueille la mère enceinte ou la mère et son nourrisson, assurant à l'un

comme à l'autre, un abri et les soins utiles pendant tout le temps que l'exige leur santé ? De 102 en 1926 le nombre des Maisons maternelles est passé à 133 en 1931.

Il est regrettable que soit ignorée, dans les campagnes surtout, l'existence de ces organismes, de ces Maisons-refuges où la mère peut garder l'anonymat.

Si tant de pauvres filles qui préfèrent le suicide ou la mort de leur enfant à ce qu'elles croient être un déshonneur, connaissaient la possibilité de se réfugier pour accoucher dans ces « Maternités secrètes » où l'anonymat est scrupuleusement respecté, plusieurs milliers d'existences seraient chaque année sauvées en France et le nombre des enfants abandonnés serait moins élevé qu'il n'est encore actuellement.

De même on peut regretter que dans trop de Maternités certains Services techniques : anti-vénériens, anti-tuberculeux, etc... n'apportent pas encore leur utile collaboration.

Cependant les quelques chiffres cités plus haut permettent de se rendre compte des progrès accomplis.

Le rôle de la médecine sociale de l'enfance à l'âge adulte.

Il semble logique d'étudier en un même aperçu, les moyens mis en œuvre pour protéger l'être humain depuis sa naissance jusqu'à l'époque où, bien armé,

il est capable de recourir lui-même à des mesures aptes à le sauvegarder.

Nombre d'auteurs s'accordent à déplorer le manque d'unité, de coordination dans les efforts accomplis pour ce but et pensent que ce défaut de cohésion explique l'insuffisance des résultats obtenus.

Ils sont d'avis que la médecine préventive ne sera pleinement efficace qu'au jour où un service social suffisamment développé et un armement technique bien adapté permettront la continuité absolue de la surveillance sanitaire.

LA PROTECTION DES ENFANTS DU PREMIER AGE

Il est superflu de retracer ici l'utilité des Centres de consultations de nourrissons, dont le nombre est passé de 3.000 en 1924 à 4.057 en 1931.

Eux seuls permettent une surveillance suivie de la mère ou de la nourrice en même temps que du nourrisson. La fréquentation régulière des Centres par les femmes est assurée par la distribution de dons en nature et de primes, éléments attractifs nécessaires, surtout dans les campagnes.

D'utiles conseils et des soins sont prodigués à ces consultations qui contribuent grandement à réduire aujourd'hui la mortalité infantile.

Le nombre des crèches s'est accru : de 441 en 1926 il atteint 565 en 1931.

De 90 en 1926, les pouponnières sont maintenant 165.

Des progrès comparables peuvent être notés en ce qui concerne les « Centres de placement familial surveillé ». De 46 en 1926, leur nombre passe à 114 en 1931.

L'intérêt de ces Centres est considérable, qu'il s'agisse d'enfants abandonnés, normaux ou débiles, ou de ceux qu'il faut protéger en les éloignant d'un foyer contaminé.

Groupés dans un rayon peu étendu autour du Centre, ces placements surveillés sont comme leur nom l'indique, fréquemment visités à domicile par les soins d'un personnel spécial.

Il semble que ces divers moyens apportant l'aide aux Mères et la sécurité aux nourissons soient à la base de la diminution de la mortalité infantile.

Ceux qui œuvrent depuis des années pour perfectionner l'armature sanitaire du Pays, ceux qui ont porté leur effort sur la protection de l'enfance trouveront une légitime récompense dans les chiffres ci-dessous.

La mortalité moyenne de 0 à 1 an, pour la France entière était en :

1899	de 165	décès	pour 1.000	naissances	vivantes
1905	140	—	—	—	—
1915	144	—	—	—	—

C'est qu'alors les organisations de protection ou de surveillance n'existaient pas et les enfants placés en nourrice mouraient dans une proportion presque double de ceux élevés par leur famille.

Depuis la guerre, l'Hygiène s'est développée et les chiffres cités démontrent la grandeur de l'effort accompli pour multiplier les œuvres de salut. Les résultats obtenus sont là pour en prouver la valeur.

La mortalité des enfants de 0 à 1 an descend en :

1929 à	95	décès	pour	1.000	naissances	vivantes
1930	78	—		—		
1931	76	—		—		

C'est encore trop, mais que de progrès accomplis depuis les 165 décès de 1899 !

Et cette lutte contre la mortalité infantile si meurtrière jadis ne constitue-t-elle pas dans les circonstances actuelles, l'un des remèdes les meilleurs contre notre dénatalité ?

L'HYGIÈNE ET LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE

Bien qu'il soit aujourd'hui hors de doute qu'une surveillance sanitaire bien comprise, s'étendant sans interruption du berceau jusqu'au service militaire serait de nature à sauvegarder la santé des jeunes générations, il faut avouer qu'une lacune existe actuellement.

Car si M. Edouard Herriot avait en 1928 déposé un projet de loi tendant à rendre l'Inspection médicale scolaire obligatoire, ce projet, comme tant d'autres, dort, oublié pour longtemps.

Lorsque l'on constate le nombre de jeunes gens inaptes au Service militaire que dépistent les Médecins à chaque conseil de révision ou à chaque visite d'incorporation, on reste peiné de penser que si ces scoliotiques, ces bacillaires, ces myopes avaient été découverts à temps, quelques années plus tôt, ils auraient un corps droit, des poumons sains, une vue irréprochable. Et ce sont des infirmes ou presque...

La voilà bien l'utilité d'une surveillance médicale préventive !

Il n'est cependant pas impossible de trouver une formule ménageant les intérêts légitimes des parents

et de leurs enfants, des médecins de famille et des éducateurs.

Quel progrès, le jour où chaque élève, dans tous les établissements d'instruction, publics ou libres, possédera son « Carnet de santé », recueil fidèle de tous les antécédents et des défaillances de tel ou tel organe, sûr guide pour le présent, indicateur précieux pour l'avenir.

Mais nous en sommes loin.

Sans doute quelques départements, certaines villes, ont organisé une inspection Médicale scolaire mais ils sont peu nombreux...

Certes, il faut noter la circulaire du 21 juin 1932, où M. le Ministre de l'Education nationale fixait l'obligation d'un examen médical avec certificat pour l'entrée en classe de 6^e.

Ces tentatives de protection sanitaire méritent d'être soulignées mais elles ne seront vraiment efficaces que lorsqu'elles seront généralisées à tous les départements, à tous les degrés d'enseignement, à tous les Etablissements d'instruction.

On peut cependant applaudir à l'orientation actuelle des idées.

Il est admis maintenant que les écoles modernes doivent être aérées et posséder des terrains de jeux suffisants, des installations sanitaires, lavabos, douches, répondant au nombre des élèves.

J'ai pour ma part, gardé triste souvenir de ces moins de 10 ans, pauvres gosses pensionnaires d'un important lycée d'une ville universitaire.

Astreints à une discipline quasi-militaire ils semblaient tous avoir perdu l'exubérance naturelle à leur âge. Comme horizon, cinq jours sur sept, une cour petite, ornée de trois arbustes étiolés, flanquée de tous côtés de bâtiments à quatre étages ! Les jeudis et dimanches une courte promenade sous la férule de surveillants trop pénétrés de leur responsabilité pour permettre des jeux trop animés. Et je pensais qu'il fallait aux parents de fortes raisons ou bien peu de tendresse pour emprisonner ainsi d'innocents bambins forcés de subir un régime pénible même à leurs aînés.

Il me souvient d'avoir lu alors (avec quelle conviction) un article qu'un éminent écrivain dédiait aux potaches enfermés : « Pour un internat plus familial !! »

Sans doute, dans des classes où les bancs sans dossier obligeaient chaque jour pendant des heures entières, l'élève à une position fatigante, trop souvent la cause d'une déformation scoliotique, un enseignement très complet était-il libéralement dispensé !

Sans doute aussi des lavabos existaient-ils mais en si petit nombre qu'au dortoir la moitié des élèves devaient renoncer à faire même un semblant de toilette au cours des trente minutes chichement allouées chaque matin.

Quant à la nourriture, elle laissait trop souvent à désirer, par la qualité surtout, et comme jamais plus d'une demi-heure n'était accordée pour les repas, le

nombre des serveurs étant trop réduit pour l'effectif des pensionnaires, ceux-ci devaient se contenter de vingt minutes environ pour ingurgiter leur déjeuner. Dur régime pour un estomac !

En ce qui concerne l'éducation physique, on ne peut baptiser de ce nom l'heure unique consacrée chaque semaine à aspirer la poussière du gymnase au cours d'exercices respiratoires, pas plus que les jeux plus ou moins intelligents auxquels les élèves se livrent d'eux-mêmes pendant les récréations au milieu des flaques de boue en hiver, ou parmi les nuages de poussière en mai et juin !

Combien j'envie l'éducation anglaise, où dans des cadres vieillots mais pourvus de tout le confort moderne, construits parmi la verdure, environnés de terrains de jeux nombreux et bien établis les élèves internes travaillent et jouent.

Sans doute, toutes les écoles d'Angleterre ne sont-elles pas semblables à Eton, Oxford et Cambridge où chaque professeur possède sa maison, jolie villa au milieu d'un grand parc, dans laquelle vivent avec lui quelques élèves internes, mais la grande majorité des Etablissements d'instruction sont situés dans un site champêtre. La table y est familiale et le sport occupe une large place dans l'horaire journalier.

Quant à l'éducation, bien moins complexe que la nôtre, je ne sache pas qu'elle mette le peuple anglais en état d'infériorité ! Ses diplomates, ses hommes politiques, ses médecins sont célèbres tout comme les nôtres !

On se heurte ici à la question infiniment délicate du remaniement des programmes scolaires, particulièrement pour l'enseignement secondaire. Les programmes actuels sont si touffus, si compliqués pour de jeunes cerveaux, que trop souvent, sous prétexte de développer la mémoire on provoque seulement la fatigue intellectuelle.

« Les plans et les programmes d'études restent
« établis d'une façon telle que la fatigue et le sur-
« menage intellectuels se produiraient chez tous les
« écoliers s'ils n'y échappaient par un mécanisme
« tout spontané — l'inattention — en face d'un pro-
« gramme très surchargé. »

(Genévrier, Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph).

Comment en serait-il autrement lorsque des enfants de 12 et 14 ans doivent étudier de front deux langues mortes, une langue vivante, la littérature française, l'histoire ancienne et moderne, la géographie, les sciences physiques ou naturelles, les mathématiques, le dessin... et j'en oublie.

Peut-on espérer que les notions acquises dans de telles conditions sont vraiment assimilées ?

Demandez à un étudiant en Médecine la date des batailles de Crécy ou de Marignan ou simplement l'énumération dans l'ordre chronologique des Rois de France avec l'année de leur avènement et celle de leur mort !

Emmenez un bachelier en Angleterre et voyez s'il est capable de saisir une conversation !

On pourrait multiplier les exemples qui tous prou-

veraient l'utilisation défectueuse du temps si long consacré à la scolarité.

Sans aller jusqu'à prétendre, comme ce spirituel académicien, que le lycéen français apprend tout mais ne « sait » rien, on peut cependant prouver sans peine, qu'il y a encore des progrès à accomplir dans l'installation de nombre de nos grands lycées et qu'il serait désirable de simplifier les programmes tout en faisant une plus large place aux jeux de plein air et à l'Education physique bien comprise.

Ces questions d'éducation sont importantes au double point de vue de la santé de l'individu et de son rendement social.

L'Hygiène intellectuelle et physique de l'écolier doit trouver place dans les réalisations prochaines de la politique sociale de la France.

Déjà quelques réalisations heureuses accomplies au cours de ces dix dernières années doivent être mentionnées.

Surtout dans les campagnes, où les enfants ne pouvant retourner, pour y déjeuner, à la ferme paternelle éloignée souvent de plusieurs kilomètres, l'alimentation des écoliers était défectueuse.

Ces enfants apportaient dans un panier leur repas de midi, la plupart du temps composé d'aliments de mauvaise valeur nutritive, viande froide, charcuterie, beaucoup de pain et trop souvent des boissons alcoolisées.

Ainsi, très fréquemment, le repas le plus impor-

tant de la journée était insuffisant, surtout pour un organisme jeune et en pleine activité.

Les conséquences de ce régime se traduisaient par l'anémie, la faiblesse et des troubles de la croissance.

La nourriture très insuffisante jointe aux mauvaises conditions d'habitation rendait les enfants particulièrement aptes à contracter la tuberculose.

Aujourd'hui se généralise la « *cantine scolaire* » qui permet de donner aux enfants un repas chaud à midi.

Par ces « cantines scolaires » un repas normal est assuré aux écoliers et les enquêtes concluent toutes ; « l'état général s'améliore, les enfants se développent mieux, le poids s'élève ».

Et non seulement la « cantine » procure à l'enfant une alimentation saine et suffisante, mais elle sert d'école ménagère aux fillettes arrivées à la fin de leur scolarité. Car ces élèves prennent part à la préparation des aliments ou s'occupent des soins de la table.

Il faut mentionner aussi, comme une réalisation intéressante, la création de services *d'orientation professionnelle*.

Les goûts de l'enfant sont étudiés, de même que la valeur de ses aptitudes physiques.

Ainsi l'enfant est guidé vers un métier avec le maximum de chances d'y réussir.

Parfois, au contraire, on le détourne d'une profession vers laquelle sa famille ou son propre goût

le dirige, si ses aptitudes intellectuelles ou physiques ne sont pas suffisantes.

LES ŒUVRES DE PLEIN AIR

Pour maintenir sa santé, l'être humain, a besoin d'air pur et de soleil, de repos et d'exercice.

Les pages qui précèdent démontrent que les méthodes d'éducation contemporaines mesurent chichement ces éléments à ceux qui en ont le plus grand besoin, les enfants, les adolescents en pleine croissance, en pleine formation intellectuelle et physique.

C'est pourquoi un nombre considérable d'œuvres privées ou subventionnées par la collectivité s'efforce d'en faire bénéficier l'enfance en mettant à profit les vacances, pour envoyer les écoliers à la campagne, la mer ou la montagne.

Sans doute, il existe bien en France quelques écoles de plein air, externat ou internat, œuvres essentiellement scolaires qu'il ne faut pas confondre avec les préventorium-écoles destinés aux enfants atteints dans leur santé et fonctionnant sous une surveillance médicale constante. Mais elles ne constituent encore en France que de trop rares exceptions.

C'est pourquoi il faut se réjouir de la création de jardins d'enfants, de colonies et camps de vacances, où les jeunes peuvent, quelques semaines par an, faire provision de santé en s'emplissant les poumons d'air pur et en s'ébattant au soleil.

On doit applaudir aux initiatives de ce genre, d'où

qu'elles viennent, qu'elles soient le fait des départements, des municipalités, d'Associations ou de Groupements privés, professionnels ou confessionnels.

Plus qu'une longue étude quelques chiffres indiqueront les efforts réalisés.

Le nombre des colonies de vacances subventionnées est de 517 en 1928. Il passe à 756 en 1930 et atteint 840 en 1931.

Ces colonies de vacances ont reçu, en 1930, 220.648 enfants totalisant 9.617.496 journées et en 1931, 265.802 enfants pour 12.487.924 journées.

De plus, un mouvement se dessine en faveur du thermo-climatisme social, tendant à faire profiter les enfants pauvres qui en ont besoin, des avantages de nos stations thermales climatiques ou marines.

Ainsi commencent à se réaliser des camps thermaux où les enfants, dont l'hérédité est l'indication d'un traitement diathésique bénéficient d'un traitement hydro-minéral.

Mais il s'en faut que la population infantile tout entière ait chaque année quelques semaines de vacances assurées dans des conditions hygiéniques satisfaisantes.

Les colonies, les camps de vacances sont encore trop peu nombreux, trop sommairement installés.

Et les belles réalisations dont les chiffres cités plus haut ont donné un aperçu doivent être généralisées, coordonnées entre elles.

Au nom de l'enfance et de l'hygiène, on doit souhaiter que ce soit bientôt.

L'HYGIÈNE SOCIALE ET LES ENFANTS ANORMAUX

L'enfance déficiente, anormale, préoccupe, à juste titre, médecins, sociologues, légistes, éducateurs.

C'est que ses rapports sont étroits avec l'enfance coupable et pour réaliser le dépistage, la rééducation, le traitement des enfants anormaux, des Comités et des Œuvres privées ont créé à Paris et en province des Centres spécialisés.

Mais il reste une œuvre considérable à accomplir. L'enquête menée en 1927 par les soins des Ministères de l'Instruction Publique et de l'Hygiène, dirigée par le Docteur Roubinovitch et effectuée seulement dans les écoles publiques a révélé l'existence de 50.000 enfants « diminués au point de vue mental ».

Ce chiffre, inférieur à la réalité, semble suffisant pour nécessiter des œuvres législatives apportant les moyens d'améliorer une telle situation.

Et si quelques milliers seulement d'enfants anormaux pouvaient être traités et guéris chaque année, ce seraient quelques milliers d'incapables ou de criminels de moins à la charge de la société.

En cette matière, le retard en France est manifeste et dangereux.

En effet, 2.000 enfants environ sont rééduqués dans notre pays alors que leur nombre s'élève à 6.000 en Suisse, 70.000 en Allemagne, 100.000 aux Etats-Unis.

Ces chiffres, par rapport aux populations respectives, représentent un effort vingt fois supérieur au nôtre.

L'HYGIÈNE ET L'ADOLESCENCE

Peut-être les pages qui précèdent suffisent-elles non seulement à démontrer qu'une surveillance sanitaire de l'enfant pendant ses études primaires ou secondaires est utile et désirable, mais encore qu'elle pourrait être organisée, généralisée partout facilement et sans dépenses exagérées, pour le plus grand bien de la Nation.

Et ensuite ? Il ne faudrait pas que l'adolescent, soit qu'il continue ses études dans une Université, soit qu'il exerce un métier, perde totalement le bénéfice de l'organisation protectrice dont il a profité depuis sa naissance.

Et c'est alors qu'interviennent heureusement les Sociétés de préparation militaire, les Groupes sportifs, les organisations de Scoutisme.

Par leur but, tout à la fois d'entraînement physique et d'éducation morale, ces Sociétés peuvent aider puissamment au développement de l'action préventive et sociale parmi les adolescents.

Mais il est indispensable que les organisations sportives s'accompagnent d'une collaboration médicale pour l'examen et le contrôle de leurs membres.

Cette collaboration aurait deux avantages dont les conséquences sont d'une incontestable utilité.

D'abord un examen médico-physiologique peut seul permettre de déceler les *contre-indications* de tel ou tel sport pour un sujet d'apparence normal. La chose est d'importance, car combien de jeunes gens n'ont retiré que des inconvénients pour leur santé de la pratique irraisonnée et sans contrôle d'un effort physique pour lequel leur organisme n'était pas apte ?

Et second avantage non moins important. Par ces examens médicaux la surveillance préventive de la santé chez les adolescents serait assurée !

Sans doute l'utilité de l'Education physique influence-t-elle depuis quelques années l'opinion publique. La création d'un Sous-Secrétariat spécialisé, qui, d'ailleurs, devrait dépendre du Ministère de la Santé Publique, est la preuve tout à la fois des préoccupations du Parlement et du mouvement général qui se dessine en faveur du développement de l'Education physique en France.

Actuellement la pratique des sports et de l'exercice physique se développe dans tous les milieux et l'on commence à comprendre en France la vérité de cette affirmation que « la construction d'un stade pour la jeunesse économise celle, beaucoup plus onéreuse, d'un sanatorium pour les adultes. »

Et les résultats obtenus font regretter davantage que l'Education physique si fructueuse pour l'Hygiène morale et le développement rationnel de l'individu n'occupe qu'une place par trop minime dans nos Etablissements scolaires.

L'HYGIÈNE UNIVERSITAIRE

En 1928, le Docteur Jacquet, alors Président de l'Union Nationale des Etudiants de France examinait cette importante question dans une thèse qu'il avait modestement intitulée « Essai sur l'Hygiène Universitaire ».

La thèse du Docteur Jacquet démontrait que trop souvent l'étudiant a des habitudes, une manière de vivre incompatibles avec les règles élémentaires de l'Hygiène.

Certes, il ne pêche pas par ignorance ni mauvaise volonté...

Seul l'argent indispensable pour un *modus vivendi* décent et sain lui fait trop souvent défaut.

D'abord le *logement* :

Le budget modeste de l'étudiant moyen, ne lui permet pas, à Paris du moins, de loger autre part que dans des « garnis » plus ou moins salubres où il s'anémie et vit dans un milieu totalement différent du sien.

Certes, des Cités Universitaires se sont créées dans les Centres d'enseignement les plus importants. Bien situées, à la périphérie des villes, entourées d'espaces libres, elles offrent à l'étudiant pour un prix modéré,

une chambre saine dans un immeuble moderne où il vit avec ses camarades d'études.

Les étudiants doivent une particulière gratitude à l'homme d'action qu'est M. le Ministre André Honnorat, l'animateur de ces Cités Universitaires qui tendent heureusement à se multiplier.

Aidée par de généreux donateurs et d'importantes subventions, son œuvre a fait souche. Aujourd'hui, après la Cité des Nations de Paris, c'est Strasbourg, Dijon, Clermont, Montpellier, Nancy, qui possèdent des Cités ou des « Maisons d'Etudiants ».

Mais hélas, les quelques centaines de chambres offertes par les Cités sont peu de chose en regard des milliers d'étudiants obligés de se loger où ils peuvent parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer un important loyer et ne remplissent pas les conditions exigées pour l'entrée dans les Cités.

Pour *l'alimentation*, mêmes remarques, encore que presque toutes les Universités possèdent aujourd'hui un restaurant où l'étudiant peut trouver des repas soignés et suffisants pour un prix à sa portée.

Il faut souhaiter que les efforts apportés à l'amélioration de la vie matérielle de l'étudiant se généralisent pour le plus grand bien de sa santé et de sa puissance de travail .

On ne peut passer sous silence des réalisations telles que la Polyclinique réservée aux étudiants de l'Université de Strasbourg et le Centre Universitaire de Médecine préventive de Nancy.

Ces organismes neutres, vis-à-vis des diverses associations qui groupent les milliers d'étudiants dans ces deux Universités, n'ont d'autres buts que de contrôler et sauvegarder la santé des étudiants.

ASSURANCES SOCIALES ET MÉDECINE PRÉVENTIVE POUR LES ADULTES

Le cadre trop restreint de ce modeste essai m'oblige à laisser volontairement de côté toutes les dispositions qui, dans l'assurance-maladie ressortissent à la médecine curative et qui n'intéressent que l'assuré devenu un malade.

Je ne puis envisager que celles se rapportant à la médecine préventive, qui tend à préserver l'individu contre les maladies qui le menacent et, en particulier, contre les fléaux sociaux.

Cette distinction a d'ailleurs été bien établie dans la loi car, dans l'article 4 qui organise l'assurance-maladie, le législateur a mis un paragraphe ainsi conçu : « l'assuré dont l'état nécessite des soins préventifs recevra des indemnités spéciales ».

Soins préventifs ! La Prévention : voilà déjà le mot introduit dans la législation nouvelle.

Car s'il est indéniablement établi aujourd'hui qu'une organisation d'Hygiène doit veiller, à travers les années, sur la santé de l'enfant, de l'écolier, de l'étudiant, comme elle veille sur celle du soldat, il

est non moins exact qu'une surveillance, au moins intermittente, doit s'exercer chez l'adulte.

Car sans prétendre avec le Docteur Knock que « tout homme bien portant est un malade qui s'ignore » il est certain que trop souvent des affections latentes ne peuvent être révélées — donc traitées avec des chances optima de succès — que par des examens préventifs.

Le législateur a compris l'utilité d'organiser le dépistage précoce des maladies à début insidieux.

Dans l'article 4 organisant l'assurance-maladie, on lit au paragraphe II :

—« Tous les cinq ans, l'assuré malade ou non sera autorisé à se soumettre à un examen de santé dont les conditions seront fixées dans les conventions prévues. »

Sans doute ce délai de cinq ans semble long ! l'expérience convaincra certainement les Caisses qu'elles auraient intérêt à le réduire.

*
* *

Après avoir brièvement rappelé l'effort accompli en France pour la protection de la Santé Publique par l'organisation de la Médecine Préventive en général, il semble indispensable de réserver quelques pages pour examiner les progrès accomplis dans la lutte contre les trois grands fléaux : Tuberculose, syphilis, cancer.

L'ARMEMENT DE LA FRANCE CONTRE LA TUBERCULOSE

Un fléau qui cause chaque année 150.000 morts et 400.000 blessés nécessite une puissante organisation préventive et curative pour le combattre et le vaincre.

Avant 1914, les moyens mis en œuvre étaient par trop restreints.

Pendant et après la guerre, l'effort dut être considérable pour créer l'organisation nécessaire à la lutte contre le fléau qui décimait la population, trouvant facilement des victimes parmi les organismes minés par l'inquiétude, les peines et les privations.

Peut-être l'un des chapitres précédents a-t-il réussi à montrer l'importance de l'effort financier consenti par la Nation tout entière.

Il paraît logique d'analyser brièvement les résultats obtenus grâce aux sacrifices que tous ont pu s'imposer.

En 1913, on comptait 46 Dispensaires répartis dans 15 départements. Le nombre des lits destinés dans les établissements spécialisés au traitement de la tuberculose n'atteignait pas 4.000 et 1.200 seulement

étaient réservés aux malades atteints de tuberculose pulmonaire.

Quelques chiffres permettront mieux que de longs commentaires de juger du développement progressif de notre armement tuberculeux.

LES ORGANISATIONS DÉPARTEMENTALES
ET LES DISPENSAIRES

	1917	1918	1920	1922	1924	1926	1929	1931
	—	—	—	—	—	—	—	—
Organisations départementales..	9	28	53	74	80	82	88	90
Dispensaires.....	48	70	271	421	528	590	647	743

Ces chiffres montrent qu'actuellement tous les départements sont dotés d'organisations dont certaines sont destinées uniquement à la lutte anti-tuberculeuse et d'autres, de plus en plus nombreuses comprennent diverses sections spécialisées.

Il faut souhaiter l'accroissement rapide du nombre des dispensaires, encore bien insuffisant, dans les régions rurales surtout.

SERVICES HOSPITALIERS D'ISOLEMENT ET SANATORIA

Jusqu'à une date hélas trop récente, l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux n'était qu'une rare exception.

Le manque de place et de crédits, la routine administrative perpétuaient un état de choses funeste et affligeant.

Je rappelle ici l'active initiative, déjà citée plus haut, de M. Brisac, alors Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène du Ministère de l'Intérieur, qui créa, au cours de la guerre, des stations sanitaires pour accueillir les militaires réformés pour tuberculose. Ces stations sanitaires, fondées à peu de frais dans des immeubles déjà existants, permirent de pallier à l'insuffisance des sanatoria et d'éviter que les réformés tuberculeux retournent dans leur foyer contaminer leur famille.

Par la suite, ces stations rendirent encore d'utiles services car un arrêté ministériel ouvrit leurs portes non seulement aux réformés mais encore aux tuberculeux civils inscrits sur les listes de l'assistance médicale gratuite.

Dans le chapitre consacré à l'effort législatif, on a pu lire un bref résumé des mesures qui, déclanchées par la loi Honnorat, ont permis d'assurer progressivement et de mieux en mieux la prophylaxie et la cure de la tuberculose.

Les sacrifices financiers n'ont pas été vains, car en 1921 l'on ne comptait que 52 sanatoria populaires avec 4.428 lits, 13 sanatoria privés avec 9.093 lits, 10 sanatoria-hôpitaux avec 2.000 lits, soit au total *20.010 lits*.

La situation actuelle montre qu'en 12 ans ce nombre a plus que doublé. En effet, pour 1932, les chiffres sont les suivants :

138 sanatoria comprenant : 31 stations d'altitude,

39 sanatoria privés, les autres étant publics ou assimilés.

Le nombre de lits dont disposent ces 138 établissements est de 15.569.

Il faut y ajouter 15 sanatoria-hôpitaux avec 3.526 lits et 6.700 lits répartis dans les services hospitaliers d'isolement.

D'autre part, il faut noter 64 sanatoria maritimes et 6 établissements héliothérapiques comprenant ensemble 13.960 lits.

Si l'on ajoute les nouveaux sanatoria publics entrés en activité depuis le début de 1933, on arrive à un total de 45.000 lits, nombre dix fois plus élevé qu'en 1913 et double de celui de 1921.

Les sanatoria n'augmentent pas seulement en nombre, mais encore, l'expérience aidant, on perfectionne également leur valeur curative.

Aujourd'hui les malades de toutes classes se trouvent placés dans des conditions meilleures tant pour la technique que pour le confort.

Des réalisations intéressantes et d'une formule nouvelle ont été effectuées : ce sont les villages-sanatorium. Ceux-ci groupent, en des sites agréables et pittoresques, des chalets permettant la répartition isolée des différentes catégories de tuberculeux.

De plus, les malades se trouvent placés dans un milieu qui, n'évoquant nullement l'image de l'hôpital ou du sanatorium, agit favorablement sur leur moral et aide puissamment à leur guérison.

Il faut citer comme une réalisation modèle du

genre le village-sanatorium de Praz-Coutant, près de Chamonix.

On ne peut terminer cet aperçu général sur l'hospitalisation des tuberculeux sans mentionner les œuvres s'occupant d'assurer l'avenir des malades sortant des sanatoria populaires. Quelques écoles sanitaires de rééducation professionnelle orientent les tuberculeux *vers l'agriculture*. A noter l'ouverture prochaine du village sanitaire de Salagnac pour la construction duquel a été ouvert un crédit de 60 millions et qui dotera bientôt notre pays d'une organisation dont l'étranger donne quelques exemples bien connus.

LES STATIONS CLIMATIQUES ET LES TUBERCULEUX

Il y a une question qui doit préoccuper à juste titre les hygiénistes : celle du développement de l'hygiène et de la prophylaxie dans les hôtels et pensions de famille des régions montagneuses.

Car il n'est que trop vrai qu'en de nombreuses localités des Vosges, du Jura, des Alpes, les établissements hôteliers offrent le plus souvent aux familles qui viennent y chercher le grand air et le repos, non seulement le contact avec des tuberculeux mais aussi d'insuffisantes garanties contre une contamination toujours possible.

En un tel milieu s'impose l'intervention d'un organisme veillant à la stricte application des règlements et des mesures sanitaires utiles.

Un bel exemple est donné à cet égard par l'activité du Bureau d'Hygiène de la station d'Hauteville et l'on peut trouver désirable qu'aucun centre n'échappe à cette règle.

STATIONS FERMÉES AUX TUBERCULEUX

Si l'on a pu se rendre compte des dangers présentés par certaines stations, il faut aussi signaler l'initiative originale et la réalisation unique que constitue jusqu'à présent Villars de Lans.

C'est, selon l'expression de l'un de ses animateurs, le docteur Robert Pierret, le type de la région saine préventoriale.

C'est pourquoi sa description doit prendre place plutôt à côté des organisations anti-tuberculeuses qu'au chapitre consacré aux œuvres de plein air pour l'enfance et la jeunesse.

Cette station climatique a pour but de développer et renforcer la santé des jeunes sujets et d'autre part de les mettre à l'abri de toute contamination tuberculeuse.

Ses ressources matérielles et techniques lui permettent de répondre à toutes les exigences imposées par les buts qu'elle poursuit.

LA PRÉVENTION CONTRE LA TUBERCULOSE

Des volumes seraient nécessaires pour relater avec quelque chance d'être complets, les acquisitions

scientifiques, les réalisations, les moyens qui ont permis à la Prévention d'occuper aujourd'hui la place qu'elle mérite dans notre armement anti-tuberculeux.

La documentation en est détaillée dans les Archives du Comité national de défense contre la tuberculose et c'est pour nous un devoir de signaler le rôle d'un des phthisiologues dont les recherches et les créations ont largement contribué à développer l'action préventive contre la tuberculose, le professeur Léon Bernard.

C'est pourquoi cet exposé se bornera à noter les progrès accomplis par notre armement préventif.

LES PRÉVENTORIA

Déjà, en 1905, Brouardel avait exposé l'utilité d'un placement collectif des enfants pré-tuberculeux, idée qui fut reprise peu après par Grancher.

Mais ce n'est qu'en 1907 que l'organisme nommé aujourd'hui Préventorium fut pratiquement réalisé par la ville de Lyon, par l'Etablissement du Vernay.

C'est seulement après la guerre que se développent vraiment les Préventoria qui, de 145 en 1927 avec 10.800 lits, ont vu en 1933 leur nombre passer à 160 avec 14.000 lits.

Ils sont situés en montagne, au bord de la mer ou en plaine.

Une objection contre les Préventoria a été souvent formulée : le développement facile d'une épidémie

parmi le grand nombre d'enfants prédisposés peuplant un préventorium.

Cette critique n'a plus qu'une faible valeur si l'on songe aux précautions prises aujourd'hui pour l'admissibilité, toujours précédée d'une quarantaine bien surveillée.

De plus, une répartition logique des locaux, la mise en œuvre des méthodes de prévention les plus récentes (telles que les sérophyaxies, vaccinations, etc...), offrent une garantie efficace contre le développement d'épidémies intérieures.

Des résultats très satisfaisants sont obtenus à cet égard dans les Etablissements de plus de 300 lits...

Les Préventoria sont réservés pour la plupart aux enfants de 4 à 16 ans. Sans doute, il serait utile d'en prévoir qui puissent recevoir des adolescents plus âgés.

Il ne faut pas confondre l'organisation et le rôle du Préventorium, Etablissement de caractère médical, avec l'Ecole de plein air internat, organisme scolaire qu'il serait si désirable de voir se développer en France, à l'instar de ce qui se passe chez nos voisins.

LA PROTECTION DES ENFANTS ISSUS DE PARENTS TUBERCULEUX

« Quand la tuberculose sévit dans un étroit logis
« et frappe le père et la mère, la contagion des en-
« fants est presque fatale et j'ai pensé que le meil-
« leur moyen de lutter contre la tuberculose était de
« lui enlever sa proie. »

Et Grancher joignant, en 1903, l'acte à la parole, organisa le placement chez des paysans sains des enfants de 3 à 10 ans menacés dans leurs foyers par la tuberculose.

Non seulement le placement protégeait le jeune organisme de la contagion, mais encore, disait Grancher : « Nous sommes certains que beaucoup resteront aux champs et feront souche de paysans ».

Une expérience de 30 années confirme les prévisions du Maître.

L'œuvre Grancher Parisienne comprend aujourd'hui 41 filiales départementales et le nombre des enfants en placement est actuellement de 6.000 environ.

Cependant, seule la seconde enfance bénéficiait de ce placement familial, si excellent préventif de la tuberculose. Il fallut les études médico-sociales du professeur Léon Bernard et de Debré pour que l'on envisageât la possibilité d'étendre aux enfants de la première enfance les bienfaits du placement familial.

C'est alors que naquit l'œuvre du « Placement familial des Tout-Petits », dont la fondatrice fut Mme Seligmann.

En 1921, date de la fondation, l'œuvre surveillait 77 bébés, aujourd'hui c'est près de 800 nourrissons placés autour de 9 centres qui sont surveillés par des médecins qualifiés et des infirmières spécialisées en puériculture.

L'œuvre du « Placement familial des Tout-Petits » obtient des résultats remarquables, si l'on songe qu'elle évite aux enfants une contamination certaine

et que la mortalité oscille entre 3 et 5 pour cent, c'est dire qu'elle est particulièrement réduite.

Il faut mentionner aussi les Services spécialisés des Maternités qui d'abord isolent les femmes tuberculeuses et séparent ensuite l'enfant dès sa naissance de sa mère contagieuse, permettant ainsi l'emploi dans les meilleures conditions du vaccin Calmette-Guérin.

A noter enfin les crèches de préservation anti-tuberculeuse dont le modèle est celle de l'Hôpital Laennec.

LA LUTTE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN

On a pu lire plus haut, à propos des lois concernant l'armement anti-vénérien, que jusqu'en 1914, la réglementation de la prostitution était le seul moyen d'action utilisé.

La guerre obligea les Pouvoirs publics à prendre une série de mesures énergiques pour arrêter la diffusion de la Syphilis, création de dispensaires spéciaux où les malades étaient soignés gratuitement et secrètement, organisation d'une propagande préventive.

Seuls des chiffres peuvent donner une idée exacte des progrès accomplis.

Voici une statistique des Services anti-vénériens :

	1924	1927	1931
Services ruraux.....	3	44	86
Dispensaires anti-syphilitiques.....	239	406	592
Dispensaires anti-blennorragiques..	14	66	87
Services d'hérédo-syphilis.....	48	361	660
Services des prisons.....	78	86	203
Laboratoires.....	14	38	69
Soit au total.....	396	1.001	1.697

L'Etat dépense plus de 21 millions par an pour l'entretien de ces services, dont l'unité de direction

est assurée par les soins du Service de Prophylaxie des Maladies Vénériennes qui a pour Directeur le docteur Cavaillon et qui dépend de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance.

La formule du Dispensaire plurivalent, comprenant plusieurs Sections spécialisées chacune, soit contre la tuberculose, soit contre les maladies vénériennes, soit pour la protection infantile, est de plus en plus appliquée.

Seule cette organisation réunit à la fois les avantages d'économies, de simplification et de liaison entre les Services.

Par la collaboration du Médecin praticien, les vénériens des régions rurales peuvent suivre un traitement continu que l'éloignement du Dispensaire risquerait de compromettre.

Il faut rappeler ici le rôle des Croix-Rouges et des Œuvres privées parmi lesquelles on doit citer l'Institut prophylactique de Paris, dirigé par le docteur Vernes, qui non seulement est un centre de diagnostic et de traitement, mais encore apporte à la science le secours de méthodes sérologiques nouvelles et l'Institut Alfred Fournier, œuvre sur le point d'entrer en service, qui sera comme l'Institut du docteur Vernes, un dispensaire modèle et un laboratoire de recherches.

L'arrangement international, pour faciliter le traitement des marins du commerce est à signaler. Marseille possède aujourd'hui, et d'autres ports également, un dispensaire largement outillé.

On organise aussi des Centres de Malariathérapie qui demeurent en liaison avec les asiles d'aliénés.

La réforme des services de salubrité est commencée, partout la surveillance des prostituées est améliorée, quoiqu'une sécurité complète soit encore loin d'être obtenue.

A signaler aussi les services de dépistage et de traitement de la syphilis héréditaire et les mesures spécialement prises chez les travailleurs étrangers.

Il semble bien que toutes ces mesures contre le péril vénérien produisent des résultats fort encourageants.

Pour en donner un exemple, on peut citer les enfants mort-nés, dont le nombre est fonction du développement de la syphilis et qui deviennent plus rares. De 47 pour 1.000 naissances en 1916, leur proportion n'était plus que de 36 pour 1.000 en 1931.

Et cette différence permet à la France d'avoir, chaque année, de 7.000 à 10.000 enfants vivants de plus.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Avant la guerre, la question du cancer n'était envisagée en France, qu'en tant qu'étude scientifique. Tel était le but de l' « Association Française pour l'Etude du Cancer », fondée en 1908 par le professeur Delbet.

Après les hostilités, l'intervention de savants et de sociologues permit à la lutte anti-cancéreuse de prendre corps et de se développer par la création de centres régionaux anti-cancéreux.

Dès 1922, les Pouvoirs publics, grâce à l'instigation du professeur Bergonié, comprirent l'intérêt que présenteraient des Centres permettant à la fois le dépistage précoce, le traitement et les recherches scientifiques.

Des subventions furent allouées. Par arrêté du Ministre de l'Hygiène, en date du 7 février 1923, un centre s'ouvrit à Bordeaux puis un autre à Lyon, puis Marseille, Strasbourg, Toulouse, Nancy, Rennes, possédèrent un Centre anti-cancéreux.

Aujourd'hui existent 25 Centres dont 12 régionaux et 13 départementaux, qui, rattachés à une Faculté ou Ecole de Médecine, desservent des régions plus ou moins étendues.

A Paris, l'organisation anti-cancéreuse dispose de six services spéciaux répartis dans six hôpitaux et d'installations modèles, telles que la Fondation Pierre Curie, l'Institut du Radium, l'Institut du cancer.

A noter aussi l'importance du Centre anti-cancéreux de Villejuif, destiné aux malades de la région parisienne et dépendant de la Faculté de Paris, l'Institut de recherches pour l'étude du cancer, que dirige le professeur Roussy.

Cet ensemble forme une organisation particulièrement complète qui applique avec un matériel moderne et sous la direction de savants éminents les ressources de la thérapeutique actuelle tout en facilitant les recherches scientifiques d'où sortira peut-être bientôt l'arme spécifique contre le néoplasme.

La simple énumération qui précède peut suffire sans doute à permettre de mesurer le chemin parcouru en dix ans dans un domaine où tout était à faire contre un mal encore mystérieux.

L'AMÉLIORATION DE L'EXISTENCE HUMAINE PAR L'HYGIÈNE

L'hygiène moderne ne se borne pas à protéger la santé des hommes, elle peut aussi leur donner une vie plus saine, plus agréable.

Un effort sérieux s'est manifesté depuis la guerre en faveur de l'assainissement des villes et des régions rurales.

On doit espérer que cet effort s'étendra peu à peu et qu'après les grandes villes, les plus petites bourgades connaîtront les bienfaits qu'apporte à chacun l'Hygiène pour tous.

Il est bon de caractériser par quelques faits les progrès déjà accomplis.

LE PROBLÈME DE L'EAU

La loi de 1902 obligeait le maire à doter sa commune de l'eau potable nécessaire pour les habitants. Mais l'obligation toute morale aurait été trop coûteuse au budget municipal pour recevoir même un semblant d'exécution.

Aussi, avant 1914, seulement 324 villes de plus de 5.000 habitants sur 616 possédaient une distribution d'eau... souvent bien imparfaite.

Il va de soi que les agglomérations souvent moins importantes et les communes rurales étaient toujours fidèles aux puits et citernes.

Depuis la guerre, différentes lois permirent à l'Etat d'aider les communes pour une part importante dans le financement des travaux d'adduction d'eau.

Alors qu'en 1903, ces subventions de l'Etat dépassaient à peine un million, elles atteignent, en 1930, plus de 157 millions.

La part de l'Etat dans les travaux d'adduction d'eau des Communes atteint généralement 50 % de la dépense prévue. Le complément est fourni à la commune par des subventions votées par les Conseils généraux et par les facilités offertes aux Conseils municipaux pour contracter des emprunts à des taux d'intérêt exceptionnellement bas, lorsqu'il s'agit de travaux d'utilité communale ou intercommunale.

A ces secours financiers qui ne laissent au budget communal qu'une charge très supportable, s'ajoutent aujourd'hui des facilités de réalisation d'ordre technique par le concours des Services d'Hygiène, des Ponts et Chaussées, du Génie Rural et d'ordre matériel par le perfectionnement de l'outillage moderne en matière de filtration et de stérilisation.

Il faut rappeler ici le rôle de la « verdunisation » si simple et efficace à la fois pour la stérilisation rapide des grandes quantités d'eau.

Ces facilités financières et matérielles ont entraîné une amélioration notable : actuellement toutes les villes de plus de 5.000 habitants sont dotées d'une distribution d'eau et sur les 1.554 communes de plus de 3.000 habitants, 261 seulement n'en n'ont pas encore.

Mais sur les 38.005 communes existant en France, moins de 11.000 sont correctement alimentées.

Il serait facile de surveiller la qualité de cette eau potable dans les communes possédant une distribution d'eau, grâce à des examens suffisamment fréquents.

Cependant, on peut citer certaines agglomérations dotées à grands frais d'une adduction d'eau d'excellente qualité et qui sont atteintes comme antérieurement par l'infection typhoïde.

Ce mystère s'explique du fait que les habitants préfèrent l'eau plus « fraîche » de leurs puits.

Il en sera ainsi tant qu'une mesure légale n'interdira pas, dès la réalisation d'une adduction d'eau potable, la consommation de l'eau provenant d'autres sources.

L'eau doit être distribuée pure et en quantité suffisante, car non seulement elle doit servir aux usages domestiques, mais encore on doit assurer grâce à elle la propreté des agglomérations et les besoins de l'industrie.

Il est permis de regretter le nombre infime de grandes villes dotées en France d'une piscine dont l'utilité pour l'éducation des jeunes en matière de natation, n'est plus à démontrer.

A ce point de vue, l'Allemagne, l'Angleterre, l'Autriche marquent sur la France une sérieuse avance.

L'ASSAINISSEMENT

C'est une préoccupation importante pour l'Hygiène que celle de l'assainissement.

Car il est coûteux et souvent difficile de débarrasser une agglomération des déchets de la vie humaine après les avoir rendus hors d'état de nuire.

Mais si les eaux ménagères et les ordures ne sont ni détruites ni évacuées, il en résulte un danger permanent d'infection.

L'Etat apporte aujourd'hui son concours à l'effort local pour l'assainissement, mais cependant si le nombre des villes possédant un réseau d'égouts augmente, seulement 364 sur 1.480 agglomérations de plus de 3.000 habitants appliquent les procédés modernes d'évacuation des eaux usées.

Mais les traités d'Hygiène insistent tous sur la nécessité qu'il y a d'épurer les eaux évacuées qui, sans cela, contaminent les terrains de culture, les rivières, les plages.

Or, les statistiques prouvent qu'en France 81 villes seulement épurent d'une façon plus ou moins parfaite leurs eaux d'égouts.

Quant aux communes rurales, une promenade dans un village campagnard montre qu'elles s'accommodent parfaitement des tas de fumiers devant les maisons et des latrines voisinant avec le puits.

Naturellement, l'eau, l'atmosphère sont pollués et de temps à autre la maladie emporte un enfant ou une épidémie de typhoïde éclate. Mais il y a là un problème d'éducation.

Il est heureux qu'en matière de tourisme une réglementation soit intervenue pour offrir aux visiteurs un milieu plus hygiénique dans certaines localités qui s'intitulaient « stations » climatiques hydrominérales ou touristiques.

Une surveillance des services d'hygiène rend de plus en plus rares ces cas désolants qui fournirent, il y a quelques années des armes à la propagande étrangère contre nos villes d'eaux et stations climatiques.

L'HABITATION

Bien qu'il soit impossible de retracer ici toutes les lois et réalisations intéressant le problème du logement en France, il est cependant utile de montrer les progrès accomplis pour lutter contre le taudis tout en procurant aux travailleurs des habitations saines et en leur permettant d'accéder à la petite propriété.

Problème à la fois matériel et moral, en voie d'être résolu par l'action conjuguée des Pouvoirs publics et des Sociétés privées.

Déjà en 1894, une loi favorisait la création d'habitations ouvrières.

Mais c'est après la guerre que l'effort de la France en faveur de l'habitation devint considérable. Sur

930.000 immeubles détruits, 610.000 étaient reconstruits au 1^{er} janvier 1932.

En 1928, la loi Loucheur permet au travailleur d'acquiescer à bon compte la petite maison qui lui permettra de vivre sainement et de vieillir en paix.

La loi Loucheur a permis à ce jour la construction de 200.000 maisons et elle a mis en œuvre plus de 11 milliards de francs d'avance.

Plus de 200.000 familles jouissent donc dès maintenant des avantages matériels et moraux qui sont la conséquence naturelle de la loi Loucheur.

Semblables résultats valent bien les sacrifices consentis.

Mais il faut rendre hommage aux organisations industrielles qui, bien avant la loi Loucheur, s'étaient donné à tâche de solutionner pour leurs ouvriers le problème du logement par la création des cités ouvrières.

LES JARDINS OUVRIERS

Ce problème va de pair avec celui de l'habitation.

L'ouvrier moderne est souvent occupé dans l'usine, à répéter des heures durant un même geste machinal. C'est la rançon du progrès, du travail à la chaîne, mais c'est l'anéantissement de l'esprit d'initiative et de la volonté.

C'est pourquoi plus qu'autrefois, le travailleur a besoin d'employer ses loisirs à retrouver sa personnalité et à respirer en plein air.

Les œuvres des « Jardins ouvriers » dont l'abbé Lemire fut l'ardent propagandiste, remplissent un double but. D'abord, elles éloignent l'ouvrier du cabaret, où il laisse sa santé et son argent. Ensuite, elles lui donnent le goût du travail personnel et de l'esprit d'initiative tout en développant en lui l'indépendance morale qui naît de la petite propriété.

De plus, les jardins ouvriers fournissent aux chômeurs un moyen d'occuper utilement leurs loisirs forcés.

Des dispositions législatives permettent aujourd'hui aux « œuvres de jardins ouvriers » d'acquérir, grâce à des prêts de l'Etat, des terrains qui autrefois n'étaient loués qu'à titre précaire et souvent repris après quelques années par leurs propriétaires.

L'hygiéniste doit se réjouir de cette floraison d'œuvres, groupées aujourd'hui en Fédération Nationale par la Ligue Française du Coin de Terre.

L'URBANISME MODERNE

L'hygiéniste ne peut rester indifférent à l'extension et l'aménagement des agglomérations, d'autant que la France est très en retard sur certains pays en ce qui concerne l'urbanisme.

Sans tomber dans l'exagération américaine qui aboutit à la suppression de tout pittoresque par la généralisation des rues tirées au cordeau, des gratte-ciel et des autostrades, il est nécessaire de suivre désormais des règles imposées tant par l'Hygiène que

par les nécessités de l'existence et du travail modernes.

Certes, des lois sur les lotissements ont été votées, mais sont-elles appliquées scrupuleusement ?

Il semble que non, si l'on en juge par les doléances des nombreux « mal lotis » !

Des projets remarquables sont présentés aux Concours : celui du Grand Paris, par exemple. Mais leur réalisation est encore loin par les temps difficiles traversés actuellement.

Il est cependant nécessaire de « prévoir » en urbanisme, car s'il est possible, au cours des années qui vont suivre de progresser dans cette voie, il est trop coûteux de redresser les erreurs déjà commises.

Ces erreurs semblent d'autant plus impardonnables qu'on pouvait mieux les éviter.

Un exemple : des centaines de villages des régions dévastées ont été reconstruits selon leur plan primitif et non suivant les directives de l'Hygiène moderne et d'un urbanisme rationnel.

Cependant on se trouvait là en présence de terrains « neufs », nivelés où l'on pouvait tout reprendre à la base.

Même remarque en ce qui concerne les lotissements défectueux et insalubres dès leur origine.

De même pour les taudis, qui vidés de leurs occupants installés dans des logements sains, sont aussitôt réoccupés par de nouveaux locataires, au lieu d'être détruits ou transformés.

LES AUXILIAIRES DE LA MÉDECINE SOCIALE

Autrefois, le médecin agissait seul, isolé, soulageant le symptôme pénible avec son bagage déjà précieux d'empirisme et de traditions.

Mais l'ère pastorienne a complètement modifié l'éducation médicale et le médecin a pu pénétrer la cause de nombre de maladies, en connaître les moyens de propagation et les précautions à prendre pour les éviter.

Le médecin ne se borne plus à soigner la maladie, il cherche à la rendre impossible.

Pasteur est donc le père de la médecine préventive telle qu'on la conçoit aujourd'hui.

Mais les tâches se sont révélées multiples. Il n'est plus possible au médecin de rester isolé, il doit au contraire former des auxiliaires qui collaboreront ensuite sous sa direction pour le meilleur rendement de notre armement sanitaire.

Pendant et après la guerre, en face de l'urgente mise en œuvre d'organismes nombreux et de leur rapide développement, on dut faire appel à un personnel plus riche de bonne volonté que de savoir et d'expérience. Lorsque les circonstances redevinrent

normales, on s'attacha à recruter un personnel vraiment spécialisé et plus adapté aux fonctions qui lui seraient confiées.

Ce personnel actif et dévoué allié à la bonne volonté, la compétence nécessaire.

Il paraît utile, après avoir esquissé les différents aspects de notre armement sanitaire, d'envisager la formation et l'effectif du personnel destiné à en assurer le parfait fonctionnement.

INFIRMIÈRES VISITEUSES D'HYGIÈNE

Leur nombre était de 20 en 1917, en 1931 il atteignait presque 3.000 !

Tout d'abord, elles furent spécialisées pour une activité limitée (lutte contre la tuberculose ou puériculture). Mais elles reçoivent actuellement une instruction leur permettant une action plus large.

Naturellement, leur rôle est indiqué par les nécessités de l'endroit où elles se trouvent et qui diffèrent selon les villes, les régions industrielles ou rurales.

Actuellement, 60 % sont affectées aux services urbains, 33 % aux services urbains et ruraux, 7 % à la campagne.

*
* *

La formation technique des infirmières visiteuses et hospitalières est effectuée par 85 écoles qui forment pour l'hygiène des propagandistes instruites et zélées.

LES MÉDECINS HYGIÉNISTES

L'évolution de la Science médicale et ses progrès dans tous les domaines ont rendu nécessaire la spécialisation.

Il est apparu que les médecins devant diriger l'armement sanitaire préventif de la France devaient aussi recevoir une formation spéciale.

Un diplôme d'hygiène a été institué, que les docteurs en médecine peuvent acquérir par six mois d'études supplémentaires sanctionnées par un examen.

Cinq facultés y préparent actuellement, celles de Paris, Lyon, Nancy, Montpellier, Alger.

Une circulaire récente du Ministre de la Santé Publique rend pratiquement obligatoire l'obtention du diplôme d'Hygiène pour les candidats aux fonctions de médecins hygiénistes.

MÉDECINS SPÉCIALISÉS DIRECTEURS DE DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE

Les médecins chargés de la direction d'un dispensaire d'hygiène sociale peuvent aujourd'hui recevoir l'instruction complémentaire qui leur est indispensable grâce aux enseignements donnés dans des cliniques spécialisées, créées par diverses Facultés de Médecine à Paris ou en province.

Il faut souligner l'importance que présente un tel

stage (qu'il s'agisse de la lutte anti-cancéreuse, anti-vénérienne ou anti-tuberculeuse ou de la protection maternelle et infantile) pour les médecins qui doivent acquérir les connaissances indispensables à l'activité particulière qu'ils désirent exercer.

En ce qui concerne la Faculté de Médecine de Paris, il faut mentionner tout particulièrement la chaire de clinique des maladies tuberculeuses dont M. le Professeur Léon Bernard a fait l'instrument le plus complet pour l'éducation théorique et pratique médicale et sociale, des étudiants et des futurs phthisiologues.

LA PROPAGANDE POUR L'HYGIÈNE

« Une des causes principales, a dit le Docteur Roux, Directeur de l'Institut Pasteur, du peu d'avancement de l'Hygiène en France, se trouve dans le caractère national : l'individualisme des Français se prête mal aux œuvres d'ensemble. Pour changer cette mentalité, nous ne disposons que d'un moyen : l'Education.

« Seule elle peut à la longue modifier les mœurs. Le problème hygiénique est donc lié à celui de l'éducation publique. »

Il est difficile de trouver un avis plus autorisé sur la nécessité de la propagande éducative en faveur de l'Hygiène.

D'abord éduquer les jeunes : dans les régions rurales, les instituteurs peuvent beaucoup pour apprendre à leurs élèves, par des exemples à leur portée, les bienfaits de l'Hygiène.

Puis dans les divers milieux sociaux, des organismes nationaux s'efforcent d'apporter une utile propagande. On peut citer le « Comité national de défense contre la tuberculose » et la « Ligue nationale française contre le péril vénérien ».

Mais il faut placer en premier plan l'action de

l'Office national d'Hygiène sociale qui, sous l'impulsion de son Directeur, M. Jules Brisac et d'animateurs fervents et éclairés : le Docteur Pigot et le Docteur Leclainche, apporte à la propagande les ressources de sa très complète documentation et son appui moral et matériel.

L'effort de propagande porta d'abord sur le péril tuberculeux, puis contre le danger vénérien. Actuellement, il s'exerce pour la protection de la santé en général et s'efforce plus particulièrement de faire pénétrer dans tout le pays les notions d'Hygiène indispensables.

La propagande en faveur de l'Hygiène s'exerce par des conférences avec films.

Les conférences et le matériel cinématographique sont aussi mis à contribution pour faciliter des « lançements » (campagnes annuelles pour le timbre anti-tuberculeux, semaine du cancer, lutte contre la diphthérie, etc.).

Quelques chiffres prouveront l'effort accompli et la force de cette « réclame » en faveur de l'Hygiène publique.

Voici le bilan de cette propagande pour 1931 :

61 départements visités, 2.031 conférences, 1.239 films prêtés, et près de 7 millions de tracts, brochures, etc., distribués.

On connaît la force de la publicité ! Il semble qu'avec une telle propagande, l'Hygiène doive progresser, même dans les campagnes !

LES RECHERCHES SCIENTIFIQUES ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

Des collaborateurs précieux entre tous pour les progrès de l'œuvre d'action préventive entreprise dans le Pays sont ceux qui travaillent sans bruit, dans les laboratoires ou les hôpitaux, à rechercher les moyens et méthodes propres à mieux défendre la santé contre la maladie.

Ils apportent une aide indispensable et particulièrement efficace à la Médecine préventive en la dotant de méthodes nouvelles d'immunisation : telle la découverte si précieuse du vaccin B. C. G. par le Professeur Calmette et ses collaborateurs, et celle de l'anatoxine de Ramon dont l'emploi généralisé réduirait singulièrement les atteintes trop lourdes de la diphtérie et les pertes qu'elle occasionne encore malgré le sérum.

D'autres savants, par leurs observations minutieuses, leurs recherches scientifiques, mettent au point des méthodes de lutttes que l'organisation d'Hygiène n'a plus qu'à appliquer. Un exemple en est fourni par les « Centres de placement familial des Tout-petits » dont la réalisation pratique si heureuse n'a été possible que grâce aux Travaux des Professeurs Léon Bernard et Debré.

CONCLUSION

En écrivant ces quelques pages je n'ai voulu que grouper et coordonner des documents ou des idées dont le mérite revient à d'autres qu'à moi.

Trop heureux si cette esquisse rapide des progrès de l'Hygiène en France permet d'apprécier mieux le chemin parcouru et de justifier ainsi les efforts nécessaires...

LES RÉSULTATS

L'évidence des chiffres est une juste récompense pour toutes les bonnes volontés dont l'ensemble a permis à notre pays de combler en dix ans le retard attristant qu'il avait sur d'autres nations dans le domaine de l'Hygiène moderne.

Les résultats déjà obtenus sont encourageants puisque les statistiques prouvent une diminution de la morti-natalité et de la mortalité infantile, une régression sensible des maladies vénériennes et de la mortalité tuberculeuse.

Cependant, il faut constater que le taux de mortalité générale en France est plus élevé qu'en d'autres pays.

Certes le nombre élevé des vieillards dans notre population influence la proportion de notre mortalité globale.

Mais si l'on compare les statistiques on constate que la mortalité des sujets de 20 à 36 ans est en France plus élevée des *deux tiers* qu'en Allemagne.

Ce fait est d'autant plus regrettable qu'il porte sur des éléments dont l'activité est particulièrement utile pour le Pays et son avenir.

Il semble cependant qu'en ce qui concerne d'abord les affections épidémiques, une action méthodique et disciplinée, s'appuyant sur les organisations sanitaires actuellement réalisées, devrait améliorer rapidement une telle situation.

Trop novice en matière d'hygiène pour me permettre des critiques ou des conseils qui ne sauraient être fondés sur l'expérience, je dois me borner à recueillir les opinions des spécialistes qualifiés pour juger sainement des améliorations nécessaires à une œuvre très belle et déjà si féconde.

LA COLLABORATION DU CORPS MÉDICAL

Il est indispensable que les services d'hygiène sachent se ménager la collaboration confiante des médecins.

Sans doute dans la plupart des départements les points de friction ont été progressivement atténués. Mais il est regrettable que nombre de praticiens n'apportent pas aux organisations protectrices de la santé

publique le secours inestimable de leur bonne volonté.

Un exemple suffit à prouver la gravité de cette abstention :

Des guides sont indispensables pour permettre à l'armement sanitaire de combattre là où c'est nécessaire et d'exercer ses efforts non pas à l'aveugle, mais en fonction des besoins.

Seules des statistiques renseignant sur l'état sanitaire des cellules constitutives du pays (communes, cantons, départements) peuvent fournir les directives indispensables à l'aménagement logique des moyens et des dépenses.

Ces statistiques existent, dira-t-on. La loi de 1902 ne prescrit-elle pas au médecin praticien la déclaration obligatoire des maladies contagieuses survenant dans sa clientèle ?

Mais les renseignements fournis sont incomplets et inexacts, donc de valeur nulle. Car les médecins praticiens semblent voir une tracasserie inutile dans les obligations de la loi de 1902.

Il faudrait qu'une entente intervienne entre les Services d'Hygiène et le Corps médical.

Il ne me paraît pas impossible de trouver une formule qui, tout en respectant les intérêts en présence, permette toujours en cas de maladie contagieuse, l'avertissement et par conséquent l'intervention précoce des services d'Hygiène tout en rendant possible l'établissement de statistiques précises dont l'intérêt n'est plus à démontrer.

L'étudiant en médecine, mieux prévenu au cours

de ses études du rôle de l'hygiène dans la vie moderne et de la nécessité des obligations qu'elle impose, prêterait facilement son concours aux services de Défense sanitaire lorsqu'il sera installé médecin.

Peut-être une propagande habile, en éclairant le praticien en exercice, pourrait-elle obtenir son concours confiant et dévoué pour une œuvre vraiment d'intérêt national ?

L'UNITÉ DANS L'ACTION

De nombreux auteurs constatent que les œuvres privées n'ont pas, dans l'ensemble, le rendement que pourrait faire présager leurs efforts respectifs.

Certes, beaucoup sont admirables, tant par leur dévouement désintéressé que par les résultats qu'elles obtiennent.

Mais d'autres, par l'absence d'unité dans leur direction et leur méthode, par le manque complet de liaison entre elles, ont un rendement très inférieur à leurs possibilités.

L'esprit d'individualisme, la crainte d'être absorbé, la peur de tout organisme d'Etat constituent là autant de barrières à l'unité d'action souhaitables.

Le remède n'est pas d'effaroucher les bonnes volontés, de brimer des œuvres libres, mais plutôt de susciter l'Autorité capable d'« unir sans absorber ».

Des voix autorisées déplorent que cette absence d'unité, qui nuit au bon rendement des œuvres privées, soit aussi la tare de l'organisme central.

Le Ministre de la Santé publique devrait logiquement réunir sous sa seule autorité les activités variées qui ont pour but la protection de la santé.

Or, c'est le Ministère du Travail qui est chargé d'appliquer la loi des Assurances sociales, laquelle constitue cependant l'un des pivots de notre défense sanitaire.

Et des personnalités compétentes s'accordent pour estimer que la liaison existant actuellement entre les deux départements n'est pas suffisante...

LA CONTINUITÉ DANS L'EFFORT

Une organisation médicale préventive ne peut pleinement atteindre son but que si son action est continue.

Les chapitres consacrés à l'utilité d'une surveillance préventive ont peut-être démontré la nécessité d'instituer ce « Carnet de santé » qui seul assurerait avec la collaboration du médecin de famille la continuité de la surveillance, depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, pour le plus grand bien de l'individu et de la Nation.

LE CHOIX DES CADRES

Les raisons qui nécessitent la spécialisation des médecins chargés d'un service d'Hygiène ont été exposées plus haut.

Il est indispensable que par leur recrutement et

leur formation ils soient aptes à leur tâche d'administrateurs et de spécialistes.

On peut regretter qu'il soit nécessaire de confier au médecin hygiéniste plusieurs fonctions : inspections départementales, services des dispensaires, inspection scolaire, pour lui permettre, en cumulant plusieurs traitements, d'atteindre à un total suffisant.

L'HYGIÈNE ET L'AVENIR

Puissent nos gouvernants se rappeler que Disraëli considérait la Santé Publique comme devant être la première préoccupation de l'Homme d'Etat.

Car seule une politique d'Hygiène Sociale énergique et suivie peut substituer progressivement la « *Prévention* » à l'« *Assistance* » et faire naître dans le Pays cette « Conscience Sanitaire » sans laquelle les armements les plus complets demeurent inopérants.

Vu : le Président de la thèse,

L. BERNARD.

Vu : le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
L'effort législatif.....	11
L'effort financier.....	23
La lutte contre la dénatalité.....	27
Protection de la mère.....	29
Protection des enfants du premier âge.....	31
L'hygiène et les enfants d'âge scolaire.....	34
L'hygiène sociale et les enfants anormaux.....	43
L'hygiène et l'adolescence.....	45
L'hygiène universitaire.....	47
Assurances sociales et médecine préventive pour les adultes.....	50
L'armement de la France contre la tuberculose.....	52
La lutte contre le péril vénérien.....	62
La lutte contre le cancer.....	65
L'amélioration de l'existence humaine par l'hygiène.....	67
Les auxiliaires de la médecine sociale.....	75
La propagande pour l'hygiène.....	79
Les recherches scientifiques et le développement de la médecine préventive.....	81
CONCLUSION.....	82

